

Interprofessionelle Kooperation

Präambel:

Angehörige und Ehrenamtliche werden durch die demografiepolitischen Setzungen zur immer wichtigeren Säule in der Versorgung. Gleichzeitig wachsen die Ansprüche der Angehörigen an einer Beteiligung an der Versorgung ihrer Familienmitglieder, u.a. auch aus ökonomischen Gründen. Sie können allerdings nicht formal in das System integriert werden und bilden keine „Berufsgruppe“, die hier berücksichtigt wird. Daher wird an dieser Stelle explizit auf ihren wesentlichen Beitrag hingewiesen. Ähnlich verhält es sich mit den un- und angelernten Arbeitskräften, die speziell auch am Prozessschritt 3 „Intervention“ einen hohen Anteil haben (Aufgabendelegation durch die professionelle Pflege).

Die professionelle Pflege übernimmt im Zusammenspiel mit den weiteren am Versorgungsprozess beteiligten Kooperationspartnern in der stationären Langzeitversorgung insbesondere auch eine anwaltschaftliche Funktion für den Patienten/Bewohner.

Von allen kooperativ am Versorgungsprozess beteiligten Akteuren wird Verlässlichkeit, Konsensbereitschaft, Termintreue und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe erwartet. Dies gilt auch für Krisen- und Notfälle. Hierbei ist die sektorale Trennung von SGB V und SGB XI nicht förderlich.

Alle Kooperationspartner müssen mit dem Ziel zusammenwirken, gemeinsam die bestmögliche Versorgung des Patienten/Bewohners zu gewährleisten und seine Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten.

Auflistung der Berufsgruppen, die mit der professionellen Pflege direkt oder indirekt im Versorgungsprozess zusammenarbeiten:

Beispielhaft werden die Berufsgruppen ausgewählt, die in besonderem Maße in der direkten Versorgung des Pflegebedürftigen mit der stationären Langzeitpflege kooperieren (rot markiert).

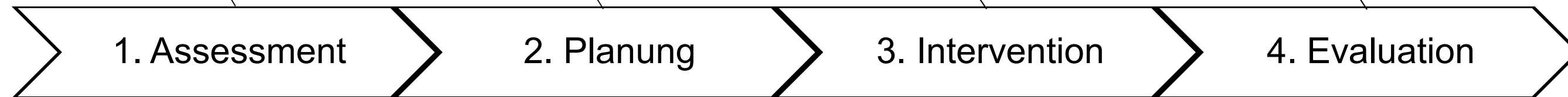
1. Hausärzte, Fachärzte
2. Arzthelferinnen, medizinische Fachangestellte in den Praxen (in Kombination mit 1.)
3. Therapeuten (Physio, Ergo, Logo, Podologen ...)
4. Verfahrenspfleger, rechtlich bestellte Betreuer etc.
5. Betreuungsrichter
6. Pflegeberater der Kommunen oder Krankenkassen, Sozialberater
7. MDK (Pflegebegutachtung)
8. Sachbearbeiter bei den Krankenkassen, Pflegekassen
9. (externe) Fachexperten (bspw. Wunde, Ernährung, Palliativberatung)
10. Medizin- und Reha-Techniker
11. Seelsorge
12. Psychosoziale Dienste, Psychologen, Gerontologen
13. Verwaltungsangestellte intern

14. Hauswirtschaftsangestellte bewohnernah
15. Hauswirtschaftsangestellte bewohnerfern
16. Sozialarbeiter, Mitarbeiter des Sozialdienstes
17. Betreuungskräfte, Alltagsbegleiter
18. Haustechniker
19. Heimleitung
20. Lehrende an Ausbildungs-/Fortbildungsinstituten
21. Bestatter
22. Polizei
23. Rettungsdienste
24. Fahrdienste
25. Apotheker
26. AAL-Techniker, ITler

Unter Berücksichtigung der ausgewählten Berufsgruppen ergibt sich folgendes Prozessmodell:

Erwartungen der professionellen Pflege an sich selbst

Erwartungen an Kooperationspartner müssen klar und deutlich intern und extern formuliert werden → Pflege muss den Prozess aktiv gestalten und erster Ansprechpartner sein	Koordination interprofessionelle Versorgung (zeitlich) durch die professionelle Pflege	Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen auf dem Stand des aktuellen Wissens	Festlegung von Maßstäben zur Evaluation der pflegerischen Versorgung und der Kooperationen
Priorisierte Erfassung aller pflege- und betreuungsrelevanten Informationen	Erstellung der bewohnerorientierten Pflege- und Betreuungsplanung	Förderung und Erhalt der Fähigkeiten des Bewohners	Kritische Reflexion der eigen- und fremdprofessionellen Wahrnehmung und der Wahrnehmung des Bewohners zu seiner Versorgungssituation → Evaluation der Reflexionsergebnisse
Pflegefachliche Risikoeinschätzung	Abstimmung der geplanten Maßnahmen mit dem Bewohner	Maßnahmencontrolling „Pflegevisten“ (haben die anderen Berufsgruppen getan, was sie tun sollten?)	
Bereitstellung der gesammelten Informationen und Risikoeinschätzung für das therapeutische Team (1., 3., 9., 11., 16.)	Intraprofessionelle Aufgabenverteilung/Delegation		



<u>Mit 1. + 2.:</u> Bereitstellung medizinischer Informationen - aktuell - situations-/empfängerorientiert	<u>Mit 1. + 3. +9. +11. +12. +14. + 16. + 17.:</u> (Ethische) Fallbesprechung mit dem Ziel der Konsensbildung über die Versorgungsbedarfe des Patienten → Die Kooperationspartner sind hier abhängig von der Fallkonstellation	<u>Mit 3. + 9. + 11. + 12. + 14. + 16. + 17.:</u> Austausch aktueller Informationen vor und nach der Intervention (niedrigschwellig, aber strukturiert)	<u>Mit 1. + 3. +9. +11. +12. +14. + 16. + 17.:</u> (Ethische) Fallbesprechung mit dem Ziel der Konsensbildung über die Versorgungsbedarfe des Patienten → Die Kooperationspartner sind hier abhängig von der Fallkonstellation
<u>Mit 1. + 3. + 9. + 11. + 16.:</u> Bildung eines therapeutischen Teams	<u>Mit 1. + 3. + 9.:</u> Festlegung des Behandlungsplans (mit den jeweiligen Zuständigkeiten)	<u>Mit 3. + 9.:</u> Einweisung in neue Techniken, neue Therapiemethoden	<u>Mit 1. + 2. (+3.) + 9. + 11.:</u> Weitergabe von Informationen zum Evaluationsergebnis, auch in Notfällen o.ä.
<u>Mit 1. + 2. + 3.:</u> Nutzung der elektronischen Datenübermittlung (e-Health-Gesetz)	<u>Mit 1. + 3. + 9. + 11.:</u> Festlegung von Strukturen, bspw. zur Erreichbarkeit in Notfällen	<u>Mit 3. + 9. + 11. + 12. + 16.:</u> Mitwirkung an der bewohnerorientierten Beratung und Aufklärung	<u>Mit 14. + 16. +17.:</u> Weitergabe/Meldung von Auffälligkeiten (Bringpflicht durch 14., 16. und 17.)
<u>Mit 9.:</u> Einweisung in neue Techniken, neue Therapiemethoden ... (Bringpflicht durch 9.)		<u>Mit 3. + 9.:</u> Spezialisierte Verrichtungen am Bewohner, bspw. Schmerzversorgung SAPV	
<u>Mit 11. + 14. + 16. +17.:</u> Beitrag zur Biographiearbeit (Bringpflicht durch 11., 14., 16., 17.)			

Erwartungen der Pflege an die weiteren, am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen

Konflikte sind möglich an den Schnittstellen zum Bereich der Sozialarbeit. Daher sind hier klare Definitionen und Aufgaben notwendig.

Möglichkeiten der Delegation/Substitution im Prozessschritt...

1. Assessment

Die Informationssammlung und -aufbereitung kann durch 16. Sozialarbeiter, Mitarbeiter des Sozialdienstes geschehen.

Eine Stelle ähnlich eines „Stationssekretariats“ könnte Informationen nach Vorgabe/Anweisung sammeln und zusammenführen (kumulierte Datensammlung)

2. Planung

Einzelne Behandlungsschritte von 1. Hausärzten, Fachärzten, 3. Therapeuten und 9. Fachexperten können an die professionelle Pflege übergeben werden, etwa das Ausstellen von Verordnungen zu z. B. Inkontinenz- oder Wundversorgungsmaterial

→ Ebenso können aus 3. Intervention bestimmte spezialisierte Verrichtungen wie Schluck- oder Bewegungsübungen, Reha-Maßnahmen nach einem Schlaganfall etc. an die professionelle Pflege übertragen werden

Die größte Menge an Delegationen der Durchführung von Verrichtungen entfällt auf die Ungelernten und Angehörigen. Bei Delegation an diese ist zu beachten, dass die Verantwortung stets bei den professionellen Pflegekräften liegt.